



SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TEMEL AKTÖRLERİ OLAN HASTANELERDE REKABET STRATEJİLERİNİN KALİTEYE ETKİSİ

IMPACT OF COMPETITIVE STRATEGY ON QUALITY IN HOSPITALS KEY ACTORS OF HEALTH SECTOR

İnci Fatma DOĞAN¹
İsmail BAKAN²
Sakine HAYVA³

Öz

Bu çalışmada Kahramanmaraş'ta faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerinin rekabet stratejileri ile kalite düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Bir başka ifadeyle hastanelerde uygulanan farklılaştırma, maliyet liderliği veya odaklanma stratejilerinin hastanelerin kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın evrenini Kahramanmaraş ilinde bulunan 2 kamu hastanesi ile 2 özel hastanede görev yapan sağlık personeli oluşturmaktadır. Bu hastanelerde çalışan üst ve orta düzey yöneticiler, doktor ve hemşireler ile birim sorumluları pozisyonunda olan 744 sağlık personeline anket uygulanmak istenmiştir. Anket uygulanmasına ilişkin tabakalı örneklem yöntemi uygulanmak istenmiş ancak Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izinlerin alınması, yoğun çalışma temposu, anket doldurmaya isteksizlik gibi çeşitli sorunlar nedeniyle sadece anket doldurmayı kabul eden 214 sağlık personeline tesadüfi örneklem yöntemiyle çalışma verileri elde edilmiştir. Çalışmada, anketin güvenilirliği Cronbach Alpha değerlerine göre hesaplanmış ve sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde çıkmıştır. Araştırmada toplanılan veriler SPSS paket programı aracılığıyla analiz edilmiş, regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgulara göre hastanelerin kalite düzeyleri ile uygulanan rekabet stratejileri arasında korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunduğu tespit edilmiştir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre de maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma olmak üzere rekabet stratejilerinin tüm kalite boyutları üzerinde anlamlı, pozitif etkiye sahip olduğu görülmüştür. Regresyon analizi sonuçlarına göre kalite boyutları üzerinde katkısı en fazla olan rekabet stratejisi toplam maliyet liderliği stratejisidir. Özellikle insan kaynakları yönetim boyutları üzerinde maliyet liderliği stratejisinin etkisi diğer rekabet stratejilerine kıyasla oldukça fazladır.

Anahtar Kelimeler: Rekabet Stratejileri, Kalite, Sağlık Sektörü.

Abstract

In this study, it is examined whether there is a relationship between competitive strategies and quality level of public and private hospitals operating in the city of Kahramanmaraş. The impact of the cost leadership, differentiation and focus strategies on quality are analysed. This study covers 2 public and 2 private hospitals operating in the city of Kahramanmaraş. In a total of 744 health personnel, covering The senior and middle level managers, doctors, nurses and unit responsible personnel, were asked to apply for the survey. But, due to the difficulties of taking the necessary permission on the implementation of the survey from the Ministry of Health, intense pace of work, unwillingness to fill the questionnaire and other various problems, the questionnaires were applied to the 214 health personnel. In this study, the reliability of survey calculated according to the Cronbach alpha values and results were found in the 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level. The data collected in this study were analysed with correlation and regression analyses using SPSS. According to data obtained from this study, it is identified that there is a statistically significant relationship between the level of quality and competitive strategies of hospitals. The regression analyses have shown that the cost leadership, differentiation and focus competitive strategies have positive effects on all dimensions of quality. According to regression analyses, the maximum contribution on explaining the quality dimension is the total cost leadership strategy. Especially, the effect of cost leadership strategy on human resources management dimensions are much higher compared to other competitive strategies.

Keywords: Competitive Strategies, Quality, Health Sector.

¹ Arş.Gör., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, ikurtulgan@gmail.com

² Prof.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, ibakan63@hotmail.com

³ sakinehayva87@hotmail.com

1.GİRİŞ

Hem istihdam açısından, hem ekonomiye sağladığı katkı payı açısından önem taşıyan hizmet sektörü içinde yaşamsal öneme sahip olan sağlık sektöründe son yıllarda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Refah seviyesi yüksek, mutlu bireyler ve toplum için sağlığın korunması, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sosyal güvenlik haklarının geliştirilmesi açısından sosyal güvenlik ve sosyal yardım kuruluşlarının (Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatıda toplanması, yeşil kartlıların bu kurum bünyesine dâhil edilmesi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamının genişletilmesi ve erişiminin kolaylaştırılması sağlık sektöründe yaşanan gelişmelerden sadece bir kaçıdır (Sağlık Sektörü Raporu, 2012: 1). Sektörde yaşanan gelişmelerin devamlılığı ve sürdürülebilir, kaliteli sağlığa erişim için sağlık sisteminin yapı taşı olan hastanelerin de iyi yönetilmesi, stratejik amaç ve hedeflerinin iyi tanımlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetinden yararlananların müşteri memnuniyetini artırmak adına kalitenin yükseltilmesi için hastanelerin sundukları hizmetlerin özelliklerini dikkate alarak rekabetçi ortamda rekabet stratejilerinden birini seçip uygulamaları kilit bir unsur olarak görülmektedir. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi kapsamında çeşitli düzenlemelerin yapılması, teknolojiye yaşanan gelişmelerin sağlık sisteminde uygulamaya geçilmesi, özel sağlık kurumlarının yatırımlarının desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin işletmecilik anlayışıyla sunulması gibi gelişmeler hastanelerin etkin hizmet sunumuna yönelik rekabet stratejilerinin uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Toplam kalite yönetimi, sunulan hizmetlerin nitelik ve nicelik olarak iyileştirilmesi, hasta hakları gibi konuların sağlık sektöründe müşteri odaklı bir anlayışla öncelik kazanması rekabet ortamında stratejilerin uygulanması gerekliliğini daha da ön plana çıkarmıştır (Altay, 2007: 42). Mümkün olan en kısa vadede teşhisin konularak tedaviye başlanması, kesintiye uğramadan hizmetin sunulması, hastalara doğru, güvenilir bilgilerin sunulması ve bu yolla hastaların hem fiziksel hem ruhsal yönden sağlığının iyileştirilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanması, çalışanlar için daha verimli, uygun çalışma koşullarının geliştirilmesi, ast-üst ilişkilerinin iyileştirilmesi, hata yapma olasılığının azaltılması, hasta-çalışan haklarının, güvenliğinin sağlanmasına dair daha kaliteli hizmet sunumu (Özer, 2003: 45; Akt. Karahan ve Lamba, 2009: 342) için de stratejik davranılması bir zorunluluk halini almıştır.

Bu sebeple çalışmada, öncelikle sağlık hizmetlerinden, sağlıkta hizmet kalitesinden, rekabet stratejilerinden bahsedilip, sonrasında hastanelerde uygulanan rekabet stratejilerinin sunulan hizmetlerin kalitesi üzerinde bir etkisinin olup olmadığı incelenerek rekabet stratejileri ile kalite arasındaki ilişki araştırılmıştır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Birey ve toplum için hayati önem taşıyan sağlık, sosyo-ekonomik anlamda ülkelerin kalkınmışlık düzeyi göstergelerinin en önemlilerinden birisidir (Akdoğan, 2011: 60). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “Ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma hali” (Çıraklı ve Sayım, 2009: 349) olarak tanımlanan sağlık, temel bir insan hakkı olup, herkesin bu haktan eşit, adil ve ekonomik bir şekilde yararlanması gereklidir. Nüfus artışı ve buna bağlı olarak artan sağlık ihtiyaçları, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların artmasına ve değişim göstermesine neden olmuştur (Altay, 2007: 56).

İnsanların bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığının korunmasını ve iyileştirilmesini esas alan sağlık hizmetleri (Aslantekin vd., 2007: 57; Akt. Çavuş ve Gemici, 2013: 239), insanların yaşam kalitesinin artırılması ve devamlılığının sağlanmasında doğrudan etkisi olan temel unsurlardan biridir (Altınöz vd., 2009: 321). “Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, tam olarak iyileşemeyip

sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilite etmek ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümü” olarak tanımlanan sağlık hizmetleri (Eggleston, 2004; Akt. Bilgili ve Ecevit, 2008: 203), koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Aktan ve Işık, 2004; Çıraklı ve Sayım, 2009; www.megep.meb.gov.tr, 2012).

Koruyucu sağlık hizmetleri, geniş kapsamlı bir hizmet grubu olarak hastalıklar ortaya çıkmadan önce insan sağlığının korunup geliştirilmesi için bireylere ve çevreye yönelik alınan önlemlerin tamamını ifade etmektedir. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tüm toplum üyeleri bu hizmetlerden yararlanma hakkına sahiptir. Aşılama, ilaçla koruma, erken teşhis, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, suların ve gıdaların denetlenmesi, çevresel risk taşıyan unsurlarının denetimi gibi uygulamalar koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilir (Yıldırım, 1994: 12; Akt. Çıraklı ve Sayım, 2009: 350).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst basamağında yer alan, hastalık riskinin oluşmasıyla hastalığın muayene, teşhis ve tedavi edilmesi durumunu kapsayan sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri birinci basamak evde ve ayakta tedavi, ikinci basamak yataklı tedavi ve kanser hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri gibi özel dal hastaneleri içeren üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir.

Rehabilitasyon hizmetleri ise hastaların bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönlerden sağlığının sağlanmasına yönelik hizmetlerdir. Tıbbi ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon olmak üzere iki türü vardır. Bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesi ile ilgili olan rehabilitasyon hizmeti tıbbi rehabilitasyon hizmeti iken; sakatlığı nedeniyle işini yapamayan veya belirli bir işte çalışamayacak durumda olanların iş yapmalarına imkan sağlayan hizmet ise sosyal rehabilitasyon hizmetidir (www.megep.meb.gov.tr).

Sağlık hizmetlerinin toplumsal nitelikli oluşu, ihtiyaçların karmaşık olması, talebinin belirsiz olması, yüksek risk taşıması, uzmanlık bilgisine ihtiyaç duyulması, tüketicisinin alacağı hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, bilinçli tüketici sayısının azlığı, sunulan hizmetlerin kalitesinin ölçümüne ilişkin sıkıntılar, ikame edilemeyen ve stoklanamayan hizmet sunumu sağlık sektörünü diğer hizmet sektörlerinden farklılaştırmaktadır (Turan, 2004:8; Akt. Bakan vd., 2011: 3). Hizmet sektörü içinde insan sağlığının söz konusu olması nedeniyle de sağlık sektörü ve sunulan sağlık hizmetlerinin ayrıcalıklı bir yeri bulunmaktadır (Pakdil, 2002; Akt. Koç vd., 2009: 298).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, rekabet olgusu, insanların satın alma güçlerinin ve eğitim düzeylerinin yükselmesi, tüketici ihtiyaçlarının gün geçtikçe çeşitlenip artması, beklentilerin yükselmesi, sağlığa verilen önemin ve hasta hakları ile ilgili hassasiyetin artması, sağlık personelinin hatalarının tartışmaya açılması sağlık sektöründe kalite kavramının önemini gittikçe artırmaktadır (Çavuş ve Gemici, 2013: 240). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi merkezi bir konuma alan yeni yönetim anlayışlarının uygulanması yaygınlık kazanmıştır (Çetinkaya ve Özbaşaran, 2009: 308).

Tüketici ihtiyaçlarına uygun olarak sürekli gelişim gösteren (Çabuk, 2005: 2) kalite, Latince “Qualis” kelimesinden türeyen, “Qualitas” kelimesiyle ifade edilen bir kavramdır (igeme.org.tr, 2007; Çıraklı ve Sayım, 2009: 352). Esas itibarıyla tüketicilerin tatmin olma düzeyi olup onların beklentilerinin en iyi şekilde karşılanması durumudur (Aksoy, 2005: 92). Belli bir ürünün, tasarım veya spesifikasyonlara ve kullanıma uygunluk derecesidir (Feigenbaum, 1983; Juran, 1988; Akt. Çıraklı ve Sayım, 2009: 353). Kalite, maliyetlerin azaltılmasının yanı sıra pazar payının ve yatırımların getirisinin önemli bir belirleyicisidir

(Anderson and Zeithaml, 1984; Parasuraman vd., 1985; Akt. Babakus ve Mangold, 1992: 767). Mükemmellik derecesi olarak kalite, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere sağlık hizmetlerinin her aşamasında bulunması gerekli bir unsurdur (Çetinkaya ve Özbaşaran, 2009: 308). Sağlık hizmetleri açısından kalite “hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak hizmetlerin çağdaş tıp bilgisine uygun olarak sunulması” durumudur (Tak, 2009: 335).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin teknik ve fonksiyonel olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır (Grönroos, 1984). Sağlık sektöründe kaliteden bahsedildiğinde aslında daha çok teknik kalite kastedilmektedir. Buna göre sağlık hizmetlerinde kalite, teşhis ve prosedürlerin teknik anlamda doğruluğuna dayalıdır (Babakus ve Mangold, 1992: 767). Ovretveit (1997) sağlık hizmetlerindeki kaliteyi, hizmet alanların ihtiyaçlarının otorite sahibi yetkililerin kuralları ve limitleri dahilinde belirlenen en düşük maliyetle tamamen karşılanması olarak açıklamıştır (Duggirala vd., 2008: 69). Tafreshi vd. (2007: 320) de bireyler ve toplum için klinik olarak etkili, verimli ve uygun fiyatlı (Foely, 2001) olarak istenilen sağlık sonuçlarının olasılığını artırma derecesini (Marquis ve Huston, 2003) sağlıkta hizmet kalitesi olarak tanımlamıştır. Hastane yöneticilerine göre ise sağlık hizmet kalitesi, tanı konmasından tedavi süreci boyunca sunulan hizmetlerdeki teknik unsurların kalitesini ifade etmektedir (Akdoğan, 2011). Bu tanımlara göre sağlık hizmetlerinde teknik kalite daha çok sağlık sektöründe çalışanların bakış açılarına bağlı kalmaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 42). Hastaların sağlık hizmetlerindeki teknik kaliteyi yeterince doğru bir şekilde değerlendirememeleri de kalite algısında fonksiyonel kaliteyi ön plana çıkarmıştır (Donabedian 1980, 1982; Kovner and Smits 1978, Akt. Babakus ve Mangold, 1992: 767-768). Teknik kalitenin sağlık kuruluşlarının rekabet avantajı elde etmelerinde tek başına yeterli bir unsur olmamasının da bunda payı vardır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 38). Buna göre fonksiyonel kalite, hastanelerin fiziksel olanaklarını (aydınlatma, havalandırma, ısı, temizlik...), atmosferini, çalışanlarının hastalara yaklaşımını, ilgisini, hastanedeki hizmet kültürünü, üst yönetimin tavrını vb. hususları ifade etmektedir (Bircan ve Baycan, 2004: 174; Akt. Çavuş ve Gemici, 2013: 241). Kalite, hastaların o hizmeti satın almak ile ilgili niyetlerini etkileyen unsurları kapsamaktadır. Yani hastaların hizmeti aldıktan sonraki algılama hisleri, sezgileri kaliteyi tanımlamaktadır. Örneğin, ameliyat olması gereken bir hasta için, işinde deneyim sahibi, başarılarından dolayı ün yapmış bir beyin cerrahının ameliyat yapması ile henüz yeterli tecrübesi ve popüler olmayan bir cerrahın ameliyat yapması arasında hizmet kalitesine ilişkin farklı algılar söz konusudur (Aksoy, 2005: 92).

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlığın insanlar için yaşamsal önem taşıması ve hatanın kabul edilebilirliğinin olmaması nedeniyle, diğer sektörlerle göre çok daha fazla önem taşıyan bir konu olarak kaçınılmazdır ve uzun vadeli bir başarı için teknik ve fonksiyonel kalitenin birlikte değerlendirilmesi önemlidir.

4. REKABET STRATEJİLERİ

Porter, uzun vadede savunulabilir bir konum elde etmek ve rakipleri devre dışı bırakarak onlardan bir adım önde olmak için işletmelerin sahip oldukları temel yetenekler çerçevesinde kendilerine en uygun stratejileri geliştirmeleri gerekliliğini dile getirmiştir (Ülgen ve Mirze, 2004: 253, Sayılı, 2006: 34). Porter’a göre işletmeler rekabet avantajı kazanabilmek için toplam maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma olmak üzere üç temel stratejiden birini seçip uygulamalıdır (Porter, 2008: 43). Bir işletmenin kendisi için uygun olan rekabet stratejisini belirlemesi ise her şeyden önce işletmenin faaliyet gösterdiği sektörün ve rekabet durumunun incelenmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık kuruluşlarının da sundukları hizmetlerin özelliklerini dikkate alarak rekabet stratejilerini belirlemeleri başarılı olmalarının altında yatan temel unsurlardan biridir (Acar, 2005: 20; Akt. Akbolat ve Işık, 2012: 402).

İşletmelerin içinde buldukları sektörde etkili bir şekilde rekabet edebilmesi için önem vermesi gereken hususlardan biri, tüm faaliyetlerinde maliyetleri düşürmektir. İşletmelerin gerçekleştirmiş oldukları faaliyetlerinin tümünde maliyetlerin düşürülmesi yoluyla maliyetlerle sektördeki fiyatlar arasındaki farkı oluşturan maliyet liderliği stratejisi, rekabet stratejileri kapsamında yer alan işletmelerin rakiplerinden üstün konuma geçmelerini sağlayan bir stratejidir (Ülgen ve Mirze, 2004: 260). Maliyet stratejisinin rekabetçi avantajı ucuz faktör koşulları ve işgücü yardımıyla düşük maliyet ve yüksek verimliliği gerçekleştirmektir (Cho ve Moon, 2005: 5). Maliyet üstünlüğü, değer yaratan faaliyetlerde iç verimlilik çalışmaları ile veya değer yaratmayan bazı maliyet unsuru faaliyetlerin elemine edilmesi ile maliyetlerin düşürülmesi yoluyla iki şekilde sağlanabilir (İlic ve Keçecioğlu, 2009: 15). Maliyet avantajı sağlayan toplam maliyet liderliği için verimli ölçekle tesislerin kurulması, ürün hattının sınırlı tutulması, daha çok standart ve ek özellikleri olmayan ürünlerin üretilmesi, sıkı maliyet kontrolü, Ar-Ge hizmetleri, satış gücü, reklam vb. alanlarda kaliteden ödün vermeden, ürünle ve hizmetle ilgili diğer özellikleri tamamen göz ardı etmeden maliyetleri azaltmak gerekmektedir. Çünkü bu şekilde düşük maliyetle çalışmak güçlü rakiplerin varlığına rağmen, firmanın sektör ortalamasının üstünde getiriler elde etmesini ve rakiplerine karşı kendisini savunabilmesini sağlar (Porter, 2008: 44-45).

Genel rekabet stratejilerinden ikincisi farklılaştırma stratejisidir. Farklılaştırma stratejisi rekabet üstünlüğü elde etmenin iki temel yolundan biri olarak nitelendirilmektedir ve bir firmanın kendisini rakiplerinden farklılaştırabilme yeteneğine bağlıdır (Eraslan vd., 2008: 319). Bir firmanın sunduğu ürün veya hizmeti farklılaştırarak sektörde eşi ve benzeri olmayan bir şey yaratmasıyla ilgilidir (Porter, 2008: 47). Ancak farklılaştırma stratejisini uygulayarak başarılı sonuçlara ulaşmak için firmaların öncelikle müşterileriyle empati kurma yeteneğine sahip olması ve olaylara ve süreçlere daha farklı, geniş bir bakış açısıyla bakabilme alışkanlığı kazanmaları gereklidir (Godin, 2003: 131). Çünkü farklılaştırma stratejisinin özünde sadece piyasaya çok çeşitli ürünler sunmak amacı bulunmaz. Firmaların bu stratejiyi uygulamasındaki temel amaç, üretilen ürüne ilave özellikler ve artı değerler katarak bu ürünleri müşterilerin gözünde değerli kılmak ve ürünlerine rakip ürünlere göre daha farklı bir görünüm kazandırabilmektir (Altuntuğ, 2007: 183).

Porter, günümüz piyasa koşullarında maliyetleri düşürme, farklılaşmayı sağlama stratejileri dışında temel yeteneklerde odaklanma stratejisi ile de rekabet üstünlüğünün elde edilebileceği gerçeğini ortaya koymuştur (Sayılı vd., 2006: 34). Odaklanma stratejisi, işletmelerin belirli bir pazar bölümünde, hedeflediği dar bir alanda tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılamak için ürün ve hizmetlerini geliştirmesi, satış ve pazarlama faaliyetleri ile tüketicilere sunması şeklinde tanımlanmaktadır (Zuckerman, 2002: 107; Akt. Akbolat ve Işık, 2012: 405).

Günümüzün acımasız rekabet ortamında rekabetçi üstünlükler elde etmek isteyen hastane işletmeleri de hastalarının ihtiyaç ve beklentilerini en iyi şekilde, zamanında karşılamak, hasta memnuniyetini sağlamak, kaynakları verimli kullanmak, sürdürülebilir, kaliteli, ekonomik, adil bir şekilde hizmet sunumunu gerçekleştirmek için kendilerine uygun olan rekabet stratejilerinden birini seçip uygulamalıdır.

5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Makalenin bu kısmında araştırmanın amacı ve önemi, örnekleme, veri toplama aracı, yapılan analizler ve elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1.Araştırmanın Amacı Ve Önemi

Sağlığa verilen önemin her geçen gün artması, sağlık alanında yaşanan gelişmeler ve sosyoekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri olan sağlık hizmetlerinde kalitenin yükselmesi, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasındaki rekabeti artırmaktadır. Bireyler ve toplum için hayati önem taşıyan sağlık hizmetlerinde yaşanan rekabet, hem sektörün gelişimine katkı sağlamakta hem de hastaneleri hastalarına daha verimli, adil ve kaliteli hizmet sunma arayışına yönlendirmektedir. Rekabet, sağlık kuruluşları üzerinde maliyetlerin minimum düzeyde tutulması, bireylerin en kaliteli sağlık hizmetini alması ve erişimin sınırsız olması doğrultusunda baskı oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarının bu şekilde bir sağlık sistemini oluşturması ise değer yaratan stratejilerin uygulanması suretiyle başarılabilir.

Bu sebeplerle çalışmada, hastanelerde rekabet stratejileri kavramı ele alınarak, uygulanan rekabet stratejilerinin hastanelerin kalitesi ile arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır. Bir başka ifadeyle hastanelerde uygulanan farklılaştırma, maliyet liderliği veya odaklanma stratejilerinin kalite üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

5.2.Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın evrenini Kahramanmaraş ilindeki bir rekabet stratejisi olan ve bunu uygulayan kamu ve özel hastaneleri oluşturmaktadır. Bu hastanelerde çalışan toplam 214 sağlık personeli anket formunu doldurarak çalışmaya katılmıştır. Sağlık sektöründe çalışanlardan karşılıklı görüşme yoluyla anket doldurmalarını talep etmedeki güçlük araştırmaya katılım sayısının 214 olarak kalmasına neden olmuştur. Katılımcıların 76'sı doktor, 76'sı hemşire, 37'si yönetici ve 25'i diğer sağlık personelidir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özelliklerini yansıtan bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Demografik Değişkenler Tablosu

Genel Bilgiler	Sayı	%	Genel Bilgiler	Sayı	%
Cinsiyet			Yaş		
Kadın	107	50,2	18-28 arası	41	20,1
Erkek	106	49,8	29-38 arası	100	49,0
			39-48 arası	50	24,5
			49 ve yukarısı	13	6,4
Medeni Durum			Eğitim Durumu		
Evli	158	74,2	İlköğretim	2	1
Bekar	55	25,8	Lise ve dengi okullar	35	16,8
			Meslek yüksekokulu	33	15,9
			Fakülte	93	47,1
			Lisansüstü	40	19,1
Gelir Durumu			Görev Süresi		
1000 TL ve daha az	37	17,5	1-10 yıl arası	108	50,5
1001-2500	76	35,5	11-20 yıl arası	77	36,0
2501-5000	56	26,2	21-30 yıl arası	20	9,3
5001-7500	24	11,2	31 yıl ve yukarısı	9	4,2
7501-10000	15	7,0			
10000 ve üstü	4	1,9			

5.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma, alan incelemesine dayanmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Ankette, çalışanların demografik özelliklerini, sunulan hizmet kalitesini ve uygulanan rekabet stratejilerini ölçmeye yönelik 5’li likert ölçeğine (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4=Katılıyorum Ve 5=Kesinlikle Katılıyorum) göre hazırlanmış sorular bulunmaktadır. Katılımcılara ait demografik bilgileri ölçen önerme sayısı 14’tür. Hastanelerin kalitesi ile ilgili veriler Duggirala vd.’nin (2008) hazırladığı ölçek kullanılarak toplanmıştır ve ölçekte 10 önerme üst yönetim taahhüt ve liderlik, 10 önerme 3 boyutlu insan kaynakları yönetimi, 18 önerme 5 boyutlu süreç yönetimi, 4 önerme hastane olanakları, 6 önerme hasta odaklılık, 6 önerme çalışanların bakış açısı, 4 önerme performans ölçümü, 5 önerme hastane bilgi sistemi, 4 önerme hata, güvenlik ve risk yönetimi, 4 önerme hizmet kültürü, 5 önerme sürekli iyileştirme, 9 önerme karşılaştırma, 8 önerme sendika etkisi ve 7 önerme yönetim ve sorumluluk olmak üzere kaliteyi ölçmektedir. Hastanelerde uygulanan rekabet stratejilerini ölçen 3 boyutlu 25 soru ise Akbolat ve Işık’tan (2012) alınmıştır.

5.4. Veri Analizi Ve Uygulama

Araştırmada toplanılan veriler SPSS 20 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Öncelikle, araştırma değişkenlerinin güvenilirliği literatürde yaygın olarak kullanılan Cronbach Alfa değerleri ile ölçülmüştür. Güvenilirlik testi sonuçları Tablo 2’de yer almaktadır. Elde edilen veriler sonucunda araştırmadaki değişkenlerin güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Araştırmanın Değişkenleri ve Güvenilirlik Testi

Faktör	Önerme Sayısı	Cronbach alfa değeri
Üst Yönetim Taahhüt Ve Liderlik	10	,908
İKY Seçim	3	,842
İKY Eğitim	4	,734
İKY Çalışan Bağlılığı	3	,743
Süreç Yön.Süreçler	2	,756
Süreç Yön.Hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı	5	,823
Süreç Yön.İdari hizmetler	2	,752
Süreç Yön.İdari ve klinik	4	,682
Süreç Yön.Çıkış	2	,676
Süreç Yön.Tıbbi bakım klinik sonuçları	3	,757
Hastane Olanakları	4	,809
Hasta Odaklılık	6	,853
Çalışan Odaklılık	6	,895
Performans Ölçümü	4	,779
Hastane Bilgi Sistemi	5	,835
Hata, Güvenlik Ve Risk Yönetimi	4	,758
Hizmet Kültürü	4	,763
Sürekli İyileştirme	4	,852
Karşılaştırma	9	,929
Sendika Etkisi	8	,919
Yönetişim Ve Sosyal Sorumluluk	7	,775
Rekabet stratejileri	11	,919
Farklılaştırma Toplam Maliyet Liderliği	8	,920
Odaklanma	6	,811

5.5.Bulgular

Araştırmada hipotezler test edilmeden önce sağlık hizmetlerinde kalite ile uygulanan rekabet stratejilerinin birbirleri ile ilişkilerinin derecesine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirleyebilmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analizlere ilişkin tablolar ve yorumları aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 3’de görüldüğü üzere tüm korelasyon değerleri pozitif ve anlamlı olup değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermektedir. En yüksek korelasyon ilişkisi ise insan kaynakları yönetiminin eğitim alt boyutu ile pozisyon stratejilerinden toplam maliyet liderliği arasında çıkmıştır ($r=,850$). Toplam maliyet liderliği ve insan kaynakları yönetiminin çalışan bağlılığı arasındaki ilişki ($r=,821$) ile toplam maliyet liderliği ve yine insan kaynakları yönetiminin seçim boyutu arasındaki ilişki ($r=,807$) de yüksek çıkan korelasyon değerlerindedir. Buna göre toplam maliyet liderliği ile insan kaynakları yönetiminin tüm boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişkinin mevcut olduğu söylenilebilir. Bu durumun, çalışanlara yönelik verilen hizmet içi eğitimlerin artmasının çalışanların verimliliğinin, bağlılığının artmasına ve buna bağlı olarak maliyetlerin azaltılmasına katkıda bulunmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca insan kaynakları yönetimi seçim sürecinde kuruma doğru nitelikteki personel alınıp uygun bir biçimde istihdamı sağlandığında çalışanlardan kaynaklı maliyetlerde bir azalma olması sebebiyle toplam maliyet liderliği ile seçim arasında da güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Korelasyon analizi sonucunda anlamlı fakat diğer değişkenlere göre nispeten daha zayıf bir ilişkinin olduğu ilişkiler ise sendika etkisi ile süreç yönetiminin idari hizmetler ($r=,349$), idari ve klinik ($r=,367$) ile çıkış ($r=,383$) boyutları arasında görülmüştür.

Araştırmanın hipotezleri açısından korelasyon analizi bulguları incelendiğinde, hipotezleri destekler yönde “Toplam maliyet liderliği-H1”, “Farklılaştırma-H2” ve “Odaklama-H3” stratejileri ile kalite boyutlarının tümü arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<.05$) ilişkiler olduğu açığa çıkmıştır.

Tablo 3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1. Üstytaah	1																								
2. İkyseç.	,718**	1																							
3. İkveği.	,674**	,503**	1																						
4. İkçybg.	,656**	,620**	,563**	1																					
5. Süryön.	,664**	,580**	,564**	,772**	1																				
6. Sürymhk	,630**	,507**	,629**	,549**	,583**	1																			
7. Süryönih	,537**	,437**	,560**	,426**	,554**	,616**	1																		
8. Süryönik	,591**	,430**	,609**	,483**	,573**	,712**	,640**	1																	
9. Süryönç.	,549**	,431**	,493**	,449**	,548**	,613**	,542**	,632**	1																
10. Süryntb	,588**	,399**	,520**	,530**	,511**	,726**	,611**	,601**	,702**	1															
11. Hastes.	,632**	,503**	,521**	,527**	,557**	,636**	,617**	,666**	,607**	,649**	1														
12. Hasodk	,642**	,434**	,606**	,505**	,562**	,721**	,497**	,657**	,630**	,756**	,722**	1													
13. Çalodk.	,753**	,657**	,517**	,594**	,670**	,555**	,413**	,555**	,562**	,503**	,601**	,651**	1												
14. Hasper.	,675**	,503**	,609**	,518**	,616**	,669**	,540**	,631**	,629**	,635**	,584**	,644**	,674**	1											
15. Hasbils	,690**	,473**	,556**	,507**	,589**	,624**	,535**	,662**	,648**	,647**	,719**	,701**	,743**	,774**	1										
16. HGRyn	,661**	,517**	,561**	,435**	,588**	,699**	,564**	,681**	,632**	,582**	,607**	,564**	,643**	,716**	,715**	1									
17. Hizkül.	,656**	,506**	,554**	,530**	,639**	,642**	,562**	,656**	,686**	,656**	,650**	,690**	,730**	,754**	,780**	,700**	1								
18. Süryvi.	,755**	,693**	,611**	,623**	,724**	,656**	,550**	,637**	,640**	,592**	,670**	,655**	,763**	,741**	,727**	,709**	,724**	1							
19. Karş.	,709**	,642**	,658**	,549**	,652**	,657**	,557**	,647**	,554**	,541**	,636**	,686**	,750**	,750**	,739**	,692**	,687**	,827**	1						
20. Senetk.	,574**	,495**	,511**	,445**	,445**	,443**	,349**	,367**	,383**	,446**	,442**	,563**	,652**	,569**	,558**	,428**	,569**	,640**	,648**	1					
21. Yöns.	,703**	,636**	,626**	,628**	,682**	,597**	,566**	,629**	,700**	,588**	,609**	,567**	,685**	,727**	,741**	,713**	,712**	,769**	,765**	,522**	1				
22. Farkl.	,693**	,551**	,586**	,608**	,569**	,586**	,529**	,508**	,564**	,631**	,597**	,585**	,633**	,679**	,681**	,622**	,650**	,710**	,658**	,524**	,719**	1			
23. Tpmld	,780**	,807**	,850**	,821**	,676**	,661**	,557**	,594**	,523**	,574**	,588**	,595**	,655**	,628**	,572**	,577**	,599**	,728**	,701**	,569**	,719**	,681**	1		
24. Odakl.	,601**	,561**	,557**	,539**	,541**	,526**	,477**	,499**	,527**	,521**	,528**	,509**	,566**	,609**	,593**	,592**	,577**	,638**	,625**	,516**	,703**	,803**	,648**	1	

Hastanelerin kalite düzeyleri ile uygulanan rekabet stratejileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunduğu tespit edildikten sonra rekabet stratejilerinin kalite üzerinde etkisinin olup olmadığı kurulan hipotezler doğrultusunda regresyon analizi ile test edilmiştir.

Araştırma modeli kapsamında oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

H1: Toplam maliyet liderliği stratejisinin kalite boyutları üzerinde pozitif etkisi vardır.

H2: Farklılaştırma stratejisinin kalite boyutları üzerinde pozitif etkisi vardır.

H3: Odaklanma stratejisinin kalite boyutları üzerinde pozitif etkisi vardır.

Araştırma hipotezleri regresyon analizine tabi tutularak test edilmiş ve sonuçları raporlanıp yorumlanmaya çalışılmıştır.

Tablo 4. Toplam Maliyet Liderliği Stratejisinin Kalite Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta	t değeri	p değeri
Üst yönetim taahhüt ve liderlik	,780	17,916	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,607$	F=320,981	,000
İKY Seçim	,807	19,640	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,650$	F=385,749	,000
İKY Eğitim	,850	23,195	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,722$	F=538,030	,000
İKY Çalışan Bağlılığı	,821	20,609	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,672$	F=424,747	,000
Süreç Yönetimi	,676	13,182	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,455$	F=173,762	,000
Hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı	,661	12,658	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,435$	F=160,228	,000
İdari hizmetler	,557	9,551	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,307$	F=91,215	,000
İdari ve klinik	,594	10,509	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,349$	F=110,448	,000
Çıkış	,523	8,748	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,270$	F=76,535	,000
Tıbbi bakım klinik sonuçları	,574	9,991	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,326$	F=99,826	,000
Hastane tesisleri (olanakları)	,588	10,368	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,343$	F=107,500	,000
Hasta odaklılık	,595	10,510	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,350$	F=110,465	,000
Çalışan odaklılık	,655	12,366	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,426$	F=152,925	,000
Hastanenin performans ölçümü	,628	11,501	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,392$	F=132,270	,000
Hastane bilgi sistemi	,572	9,947	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,324$	F=98,948	,000
Hata, güvenlik ve risk yönetimi	,577	10,069	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,330$	F=101,379	,000
Hizmet kültürü	,599	10,629	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,355$	F=112,969	,000
Sürekli iyileştirme	,728	15,056	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,528$	F=226,687	,000
Karşılaştırma	,701	13,841	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,430$	F=191,568	,000
Sendika etkisi	,569	9,701	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,320$	F=94,112	,000
Yönetişim ve Sosyal Sorumluluk	,719	14,590	,000
Toplam Maliyet Liderliği Stratejisi	$\Delta R^2= ,514$	F=212,861	,000

Tablo 4’te araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerdeki uygulanan maliyet liderliği stratejisinin kalite boyutları üzerindeki etkisi gösterilmiştir. Buna göre maliyet liderliği stratejisinin tüm kalite boyutları üzerinde anlamlı, pozitif etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Hastaneler rekabet edebilmek, daha etkili ve verimli hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek, kaynakları verimli kullanmak, zaman kaybına neden olmamak için vasıfsız işgücü yerine eğitilmiş, gerekli mesleki bilgi ile donanmış, yetenekli ve tecrübeye sahip işgücünü istihdam etmek istemektedirler. Çünkü görev alanı insan sağlığı olan hastanelerde hizmet sunan çalışanların iyi eğitilmemiş, kalifiye olmayan bireyler olması hizmetin sunumu sırasında hizmet standartlarını tutturmak açısından yetersiz kalacağı için maliyetlerin artmasına neden olacaktır. Dolayısıyla insan kaynakları yönetimi ile maliyet liderliği stratejisi arasında pozitif yönlü bir etki ilişkisinin varlığı beklenen bir durumdur. Yapılan regresyon analizi sonuçları da bu durumu teyit etmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre toplam maliyet liderliği stratejisi ile insan kaynakları yönetim boyutları olan eğitim ($\beta = 0.85$, $p < 0,05$), seçim ($\beta = 0.81$, $p < 0,05$) ve çalışan bağlılığı ($\beta = 0.82$, $p < 0,05$) arasında pozitif, anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Elde edilen verilere göre maliyet liderliği stratejisi kalitenin üst yönetim taahhüt ve liderlik boyutu ($\beta = 0.78$, $p < 0,05$) ile pozitif ilişkiye sahiptir. Maliyet liderliği stratejisi üst yönetim taahhüt ve liderlik boyutunu yaklaşık %61 oranında açıklama gücüne sahiptir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastanelerde maliyetlerin düşürülmesine odaklı rekabet stratejisinin üst yönetimin kararları doğrultusunda uygulanması, onlar tarafından yürürlüğe geçmesi, sonuçların onlar tarafından izlenip kontrol edilmesi nedeniyle maliyet liderliği stratejisinin modelde bağımlı değişken olan üst yönetim taahhüt ve liderlik boyutunu diğer boyutlara göre daha iyi bir oranda açıkladığı görülmektedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre maliyet liderliği stratejisinin kalite boyutlarından sürekli iyileştirmeyi %53 oranıyla açıkladığı ve bu boyut üzerinde ($\beta = 0.73$, $p < 0,05$) pozitif etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yani maliyet liderliği stratejisi doğrultusunda değer yaratan faaliyetlerde verimliliğin artırılması yönünde yapılan çalışmalar sonucunda sürekli iyileştirme yapmaya yönelik uygulamalara olan ihtiyaç azalacak ve maliyetlerde azalma olacaktır.

Yine maliyet liderliği stratejisinin yüksek oranda etkilediği (%51) bir diğer kalite boyutu yönetim ve sosyal sorumluluk boyutudur. Maliyet liderliği stratejisi yönetim ve sosyal sorumluluk üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif etkiye ($\beta = 0.72$, $p < 0,05$) sahiptir. Bu durum değer yaratmayan bazı maliyet unsuru faaliyetlerden kaliteden ödün vermeden vazgeçilmesi, hizmet sunumunda yeniden yapılanma anlayışı ile maliyetlerin düşürülmesi yoluyla daha ekonomik hizmet vermek suretiyle hastalara yardımcı olunarak bir anlamda sosyal sorumluluk görevinin yerine getirilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Regresyon analizi sonucunda maliyet liderliği stratejisinin diğer kalite boyutlarına göre düşük oranda açıkladığı boyutların ise sendika etkisi (%32) ile hastane bilgi sistemi (%32) boyutları olduğu görülmektedir. Bu durum sendikaların hastanelerde belirlenen stratejiler üzerinde yeterli etkisinin olmaması ile hastane bilgi sistemlerinin kullanmış oldukları teknolojinin, araçların maliyetinin yüksekliği ile açıklanabilir.

Elde edilen bulgular ışığında “H1: Toplam maliyet liderliği stratejisinin kalite boyutları üzerinde pozitif etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5. Farklılaştırma Stratejisinin Kalite Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta	t değeri	p değeri
Üst yönetim taahhüt ve liderlik Farklılaştırma Stratejisi	,693 $\Delta R^2= ,477$	13,315 F=177,296	,000 ,000
İKY Seçim Farklılaştırma Stratejisi	,551 $\Delta R^2= ,300$	9,149 F=83,710	,000 ,000
İKY Eğitim Farklılaştırma Stratejisi	,586 $\Delta R^2= ,340$	10,024 F=100,484	,000 ,000
İKY Çalışan Bağlılığı Farklılaştırma Stratejisi	,608 $\Delta R^2= ,366$	10,614 F=112,652	,000 ,000
Süreç Yönetimi Farklılaştırma Stratejisi	,569 $\Delta R^2= ,320$	9,579 F=91,764	,000 ,000
Hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı Farklılaştırma Stratejisi	,586 $\Delta R^2= ,340$	10,011 F=100,213	,000 ,000
İdari hizmetler Farklılaştırma Stratejisi	,529 $\Delta R^2= ,276$	8,587 F=73,729	,000 ,000
İdari ve klinik Farklılaştırma Stratejisi	,508 $\Delta R^2= ,254$	8,120 F=65,932	,000 ,000
Çıkış Farklılaştırma Stratejisi	,564 $\Delta R^2= ,314$	9,410 F=88,551	,000 ,000
Tıbbi bakım klinik sonuçları Farklılaştırma Stratejisi	,631 $\Delta R^2= ,395$	11,222 F=125,939	,000 ,000
Hastane tesisleri (olanakları) Farklılaştırma Stratejisi	,597 $\Delta R^2= ,352$	10,245 F=104,959	,000 ,000
Hasta odaklılık Farklılaştırma Stratejisi	,585 $\Delta R^2= ,339$	9,947 F=98,940	,000 ,000
Çalışan odaklılık Farklılaştırma Stratejisi	,633 $\Delta R^2= ,397$	11,321 F=128,171	,000 ,000
Hastanenin performans ölçümü Farklılaştırma Stratejisi	,679 $\Delta R^2= ,458$	12,814 F=164,200	,000 ,000
Hastane bilgi sistemi Farklılaştırma Stratejisi	,681 $\Delta R^2= ,460$	12,871 F=165,671	,000 ,000
Hata, güvenlik ve risk yönetimi Farklılaştırma Stratejisi	,622 $\Delta R^2= ,384$	11,003 F=121,059	,000 ,000
Hizmet kültürü Farklılaştırma Stratejisi	,650 $\Delta R^2= ,420$	11,855 F=140,546	,000 ,000
Sürekli iyileştirme Farklılaştırma Stratejisi	,710 $\Delta R^2= ,502$	13,975 F=195,312	,000 ,000
Karşılaştırma Farklılaştırma Stratejisi	,658 $\Delta R^2= ,430$	12,057 F=145,360	,000 ,000
Sendika etkisi Farklılaştırma Stratejisi	,524 $\Delta R^2= ,271$	8,491 F=72,103	,000 ,000
Yönetişim ve Sosyal Sorumluluk Farklılaştırma Stratejisi	,719 $\Delta R^2= ,514$	14,328 F=205,284	,000 ,000

Hastanelerde uygulanan farklılaştırma stratejisinin kalite boyutları (üst yönetim taahhüt ve liderlik, insan kaynakları yönetimi seçim, iky eğitim ve iky çalışan bağlılığı, süreç yönetimi, hastane olanakları, hasta odaklılık, çalışanların bakış açısı, performans ölçümü, hastane bilgi sistemi, hata, güvenlik ve risk yönetimi, hizmet kültürü, sürekli iyileştirme, karşılaştırma, sendika etkisi ve yönetim ve sorumluluk) üzerindeki etkisi Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tabloda görüldüğü üzere farklılaştırma stratejisi yönetim ve sosyal sorumluluk boyutunu %51 oranında açıklamaktadır. Farklılaştırma stratejisinin bu boyut üzerinde ($\beta = 0.72$) etkisi bulunmakta olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Farklılaştırma stratejisinin sürekli iyileştirme ($\beta = 0.71$), üst yönetim ve taahhüt ($\beta = 0.69$), hastane bilgi sistemi ($\beta = 0.68$) üzerinde de pozitif etkisinin olduğu görülmektedir. İşletmelerin farklılaştırma stratejisini uygularken başarılı olabilmeleri için öncelikle olaylara, süreçlere rakiplerine göre daha farklı, geniş bir bakış açısıyla bakabilmeleri gerekliliği bu stratejinin yönetim, üst yönetim boyutlarını açıklama gücünün yüksek çıkmasını doğrulamaktadır. Ayrıca farklılaştırma stratejisi kapsamında tıp biliminin ilkelerine, sahip olunan kaynakların verimli kullanımına, tedavi sürecinde başarılı sonuçlara ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknolojinin ve diğer sağlık sistemlerinin etkili kullanılması da sürekli iyileştirme yapılması gereksinimini azaltacağı için bu değişkenler arasında pozitif yönlü etki ilişkisinin olması da beklenen bir durumdur.

Yapılan analiz sonucunda elde edilen bir diğer bulgu da farklılaştırma stratejisinin hastanenin performansı ($\beta = 0.68$) üzerinde olumlu etkisinin olması ve bu kalite boyutunu %46 gibi önemli bir oranda açıklamasıdır. Farklılaştırma stratejisinin uygulanmasındaki amacın yaratıcılık ve yenilik yapmak olması sebebiyle farklılaştırma stratejisini uygulayan hastanelerde bilgi ve yeteneklerin ön plana çıkması, yaratıcılığın gelişmesi beklendiği için çalışan performansı da yetkinlik odaklı olacak ve artacaktır. Bu durum genel olarak hastanenin performans düzeyinin yükselmesine neden olacaktır. Dolayısıyla araştırmada kurulan model çerçevesinde farklılaştırma stratejisi ile hastane performans ölçüm boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığı kabul edilmektedir.

Bu sonuçlara göre araştırma kapsamında geliştirilen “H2: Farklılaştırma stratejisinin kalite boyutları üzerinde pozitif etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 6. Odaklanma Stratejisinin Kalite Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta	t değeri	p değeri
Üst yönetim taahhüt ve liderlik Odaklanma Stratejisi	,601 $\Delta R^2=,358$	10,393 F=108,014	,000 ,000
İKY Seçim Odaklanma Stratejisi	,561 $\Delta R^2=,311$	9,368 F=87,753	,000 ,000
İKY Eğitim Odaklanma Stratejisi	,557 $\Delta R^2=,306$	9,260 F=85,753	,000 ,000
İKY Çalışan Bağlılığı Odaklanma Stratejisi	,539 $\Delta R^2=,287$	8,841 F=78,157	,000 ,000
Süreç Yönetimi Odaklanma Stratejisi	,541 $\Delta R^2=,289$	8,893 F=79,093	,000 ,000
Hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı Odaklanma Stratejisi	,526 $\Delta R^2=,272$	8,538 F=72,898	,000 ,000
İdari hizmetler Odaklanma Stratejisi	,477 $\Delta R^2=,224$	7,469 F=55,779	,000 ,000
İdari ve klinik Odaklanma Stratejisi	,499 $\Delta R^2=,245$	7,906 F=62,511	,000 ,000
Çıkış Odaklanma Stratejisi	,527 $\Delta R^2=,274$	8,534 F=72,837	,000 ,000
Tıbbi bakım klinik sonuçları Odaklanma Stratejisi	,521 $\Delta R^2=,268$	8,391 F=70,415	,000 ,000
Hastane tesisleri (olanakları) Odaklanma Stratejisi	,528 $\Delta R^2=,275$	8,552 F=73,133	,000 ,000
Hasta odaklılık Odaklanma Stratejisi	,509 $\Delta R^2=,255$	8,127 F=66,046	,000 ,000
Çalışan odaklılık Odaklanma Stratejisi	,566 $\Delta R^2=,317$	9,490 F=90,063	,000 ,000
Hastanenin performans ölçümü Odaklanma Stratejisi	,609 $\Delta R^2=,367$	10,599 F=112,348	,000 ,000
Hastane bilgi sistemi Odaklanma Stratejisi	,593 $\Delta R^2=,348$	10,174 F=103,506	,000 ,000
Hata, güvenlik ve risk yönetimi Odaklanma Stratejisi	,592 $\Delta R^2=,347$	10,146 F=102,948	,000 ,000
Hizmet kültürü Odaklanma Stratejisi	,577 $\Delta R^2=,329$	9,765 F=95,350	,000 ,000
Sürekli iyileştirme Odaklanma Stratejisi	,638 $\Delta R^2=,404$	11,451 F=131,128	,000 ,000
Karşılaştırma Odaklanma Stratejisi	,625 $\Delta R^2=,388$	11,010 F=121,212	,000 ,000
Sendika etkisi Odaklanma Stratejisi	,516 $\Delta R^2=,262$	8,272 F=68,431	,000 ,000
Yönetişim ve Sosyal Sorumluluk Odaklanma Stratejisi	,703 $\Delta R^2=,491$	13,644 F=186,170	,000 ,000

Tablo 6’da hastanelerde uygulanan odaklanma stratejisinin kalite boyutları üzerindeki etkisi gösterilmiştir. Buna göre odaklanma stratejisi ile yönetim ve sorumluluk ($\beta = 0.70$), sürekli iyileştirme ($\beta = 0.69$), karşılaştırma ($\beta = 0.62$), hastanenin performans ölçümü ($\beta = 0.61$), üst yönetim taahhüt ve liderlik ($\beta = 0.60$), hastane bilgi sistemi ($\beta = 0.59$), hata, güvenlik ve risk yönetimi ($\beta = 0.59$), hizmet kültürü ($\beta = 0.58$), çalışanların bakış açısı ($\beta = 0.57$), insan kaynakları yönetimi- seçim ($\beta = 0.56$), insan kaynakları yönetimi- eğitim ($\beta = 0.56$), insan kaynakları yönetimi- çalışan bağlılığı ($\beta = 0.54$), süreç yönetimi ($\beta = 0.54$), süreç yönetimi- hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı ($\beta = 0.53$), süreç yönetimi- çıkış ($\beta = 0.53$), hastane olanakları ($\beta = 0.53$), süreç yönetimi- tıbbi bakım klinik sonuçları ($\beta = 0.52$), sendika etkisi ($\beta = 0.52$), hasta odaklılık ($\beta = 0.51$), süreç yönetimi- idari ve klinik ($\beta = 0.50$), süreç yönetimi- idari hizmetler ($\beta = 0.48$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır.

Elde edilen bilgiler doğrultusunda araştırmada kurulan üçüncü hipotez (*H3: Odaklanma stratejisinin kalite boyutları üzerinde pozitif etkisi vardır*) de kabul edilmiştir.

SONUÇ

Günümüzde sağlık kurumlarında etkili, verimli hizmet sunumu için hasta memnuniyeti, hasta güvenliği gibi konuların yanı sıra kalite olgusu ön plana çıkmıştır. Hasta beklentilerinin ve bilgi düzeyinin artması sonucu kalite odaklı yönetim yaklaşımları daha da önem kazanmıştır. Kaliteli, sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunumu için sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerin de işletmecilik anlayışı doğrultusunda iyi yönetilmesi ve stratejilerinin tanımlanması bir zorunluluk haline almıştır. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin yükselmesi, artan talep, hastaların bilinç düzeylerinin yükselmesi, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların sayılarının giderek artması ve var olan rekabet ortamı etkin ve kaliteli hizmet sunumuna yönelik rekabet stratejilerinin uygulanması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

Bu ihtiyaç “bir rekabet stratejisini benimseyip uygulamanın kalite üzerinde nasıl bir etkisinin olacağı” sorusunu akıllara getirmektedir. Bu çalışma bu sorunun cevabını aramaya yönelik olup, rekabet stratejilerinin kalite boyutları üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçlamıştır. Rekabet stratejileri ile kalite boyutları arasındaki ilişkinin sağlık sektöründe kapsamlı bir şekilde araştırılmadığının ve böyle bir ilişkinin kurulmadığının yapılan literatür taraması sonucunda görülmesi bu çalışmanın özgün bir çalışma olarak literatüre katkıda bulunabilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışma kapsamında Kahramanmaraş ilinde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerinde çalışan 214 sağlık personeline anket uygulanmıştır. Anket sonucu elde edilen veriler öncelikle çalışma kapsamında belirlenen hipotezler doğrultusunda korelasyon analizine tabi tutulmuş ve hipotezleri destekler yönde toplam maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejileri ile kalite boyutlarının tümü arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < .05$) ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kalite boyutları ile uygulanan rekabet stratejileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunduğu tespit edildikten sonra rekabet stratejilerinin kalite üzerinde etkisinin olup olmadığı regresyon analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular, yukarıda Tablo 4, 5 ve 6’da özetlenen biçimde toplam maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma olmak üzere 3 rekabet stratejisinin kalite boyutlarını istatistiki olarak pozitif yönde etkilediğini göstermiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre kalite boyutları üzerinde katkısı en fazla olan rekabet stratejisi toplam maliyet liderliği stratejisidir. Maliyet liderliği stratejisinin insan kaynakları yönetim boyutları olan seçim, eğitim ve çalışan bağlılığı, üst yönetim taahhüt ve liderlik, süreç yönetimi, hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı, idari hizmetler, idari ve klinik, hasta odaklılık, çalışan odaklılık ve sürekli iyileştirme boyutlarını

farklılaştırma ve odaklanma stratejilerine göre daha yüksek oranda açıklama gücüne sahip olduğu görülmüştür. Özellikle eğitim, çalışan bağlılığı, seçim, üst yönetim taahhüt ve liderlik, süreç yönetimi ve hastaneye kabulde süreç ve prosedürlerin kolaylığı kalite boyutlarını maliyet liderliği stratejisinin açıklayıcı gücü oldukça büyüktür. Kalite anlayışının maliyet artışına neden olan değer yaratmayan faaliyetleri önleyerek toplam maliyetleri minimize etme ve kaliteli mal ve hizmet üretme anlayışı olması sebebiyle yapılan analizlerde toplam maliyet liderliği stratejisinin diğer stratejilere göre daha fazla sayıda kalite boyutu üzerinde daha yüksek oranda etkisinin bulunması dolayısıyla beklenen, doğal bir sonuçtur.

Farklılaştırma stratejisinin de çıkış, tıbbi bakım klinik sonuçları, hastane tesisleri, hastanenin performans ölçümü, hastane bilgi sistemi, hata, güvenlik ve risk yönetimi, hizmet kültürü, karşılaştırma ve sendika etkisi kalite boyutları üzerinde etkisinin diğer rekabet stratejilerine göre fazla olduğu görülmüştür. Ancak maliyet liderliği ile farklılaştırma stratejisi arasında bir kıyaslama yapmak gerekirse, farklılaştırma stratejisinin maliyet liderliğine göre daha fazla oranda etkisinin olduğu kalite boyutlarını açıklama gücü, maliyet liderliğinin daha fazla oranda etkisinin olduğu kalite boyutlarını açıklama gücüne göre düşük kalmaktadır. Yönetişim ve sosyal sorumluluk boyutu üzerinde ise hem maliyet liderliğinin hem farklılaştırma stratejisinin aynı oranda etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu noktada kaliteden ödün vermeden rekabet üstünlüğü elde ederek uzun vadede sürdürülebilir başarı elde etmek isteyen hastane yöneticilerine özellikle insan kaynakları seçim, eğitim, çalışan bağlılığı, liderlik hususlarında maliyet liderliği stratejisini, sürekli iyileştirme, hastane bilgi sistemi, hastane performans ölçümü, hizmet kültürü alanında da farklılaştırma stratejisini uygulamaları önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2012.

http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/haberler/basin_bultenleri/Documents/YAS_ED_Saglik_Sektoru_Raporu.pdf.

Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 2007;64:33-58.

Karahan A. ve Lamba M. Toplam Kalite Yönetimi Çalışmalarının Hasta Memnuniyetsizliğine Etkileri: Hasta Hakları Örneği, Edit: Harun KIRILMAZ, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009;2:339-346.

Akdoğan, C. Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: SERVQUAL Ve SERVPERF Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2011.

Çıraklı Z.L. ve Sayım F. Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi, Edit: Harun KIRILMAZ, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009;2:347-365.

Çavuş M.F. ve Gemici E. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2013;1(1): 238-257.

Altınöz H.C., Esen M.F., Bilgin E., Karçaaltıncaba E. ve Kahyaoğlu B. Çalışanların Kalite Yönetimi Algıları: Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Uygulaması, Edit: Harun KIRILMAZ, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009;2:319-334.

- Bilgili E. ve Ecevit E. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008;11(2):201-228.
- Aktan C.C. ve Işık A.K. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, 2004, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Sağlık Kurumları ve Personel Yönetimi, 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Kurumlar%C4%B1%20Ve%20Personel%20Y%C3%B6netimi.pdf, Erişim Tarihi:30.07.2015.
- Bakan İ., Erşahan B., Kefe İ. Ve Bayat M. Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Gören Hastaların Sağlıkta Hizmet Kalitesine İlişkin Algılamaları, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF Dergisi, 2011;1(2):1-26.
- Koç D., Şentürk M., Yorgun S., Özdener S. Ç., Şentürk E. ve Duran A. Hizmet Kalite Standartları ve Acil Servis Hizmetlerine Katkıları, Edit: Harun KIRILMAZ, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009; 2:297-306.
- Çetinkaya A. ve Özbaşaran F. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Dahiliye Ve Cerrahi Kliniklerinde Hasta Bakım Kalitesinin İncelenmesi, Edit: Harun KIRILMAZ, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009;2:307-318.
- Çabuk Y. Kalite Maliyetleri Ve Kalite Maliyetlerini Ölçmede Kullanılan Yöntemler, ZKÜ Bartın Orman Fakültesi Dergisi, 2005;7(7):1-8.
- Aksoy, R. Zonguldak'ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2005;1(1):91- 104.
- Babakus E. ve Mangold W.G. Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation, HSR: Health Services Research, 1992;26(6):767-786.
- Tak B. Hastanelerde Kalite İyileştirme Projelerinin Yürütülmesi: Akredite Bir Üniversite Hastanesinde Yürütülen Proje Örnekleri, Edit: Harun KIRILMAZ, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009;2:335-338.
- Grönroos C. A Service Quality Model and Its Marketing Implications, European Journal of Marketing 18, 1984;4:36-44.
- Duggirala M., Rajendran C., Anantharaman R.N. Provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare, Benchmarking: An International Journal, 2008;15(6):693-722.
- Tafreshi M.Z., Pazargadi M. and Saeedi Z. A. Nurses' Perspectives On Quality Of Nursing Care: A Qualitative Study In Iran, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2007;20(4):320 – 328.
- Devebakan N. ve Aksaraylı M. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2003;5(1):38-54.
- Ülgen H., Mirze K., İşletmelerde Stratejik Yönetim, İstanbul:Literatür Yayınları,2004.
- Saylı H., Kurt M. Ve Baytok A. Şebeke (Network) Organizasyon Yapılarının Rekabet Gücü Kazandırma Rolü Ve Afyonkarahisar Mermer Sektöründe Bir Uygulama Örneği, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 2006;16:31-46.

- Porter M.E., Rekabet Stratejileri, Sektör Ve Rakip Analizi Teknikleri, Çev.Gülen Ulubilgen, İstanbul:Sistem Yayıncılık, 2008.
- Akbolat M. Ve Işık O. Hastanelerde Rekabet Stratejileri Ve Performans, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012;16(1):401-424.
- Cho D.-S. and Moon H.-C., National Competitiveness: Implications For Different Groups And Strategies”, International Journal Of Global Business And Competitiveness, 2005;1(1):1-11.
- İlic D. Ve Keçecioğlu T. Örgütsel Strateji İle İnsan Kaynakları Uygulamalarının Uyumlaştırılması Üzerine Bir Değerlendirme, Faculty Of Business And Economics (Fbe) Journal, 2009;11-12:1-23.
- Eraslan İ. H., Helvacıoğlu Kuyucu A.D. ve Bakan İ. Türk Tekstil Ve Hazır Giyim Sektörünün Uluslararası Rekabetçilik Düzeyinin Analizi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2008;7(13):265-300.
- Godin S. Mor İnek, Çev. Oya Gürbahçe, İstanbul:Elma Yayınevi, 2003.
- Altuntuğ N. Küresel Rekabet Ortamında Ayırt Edici Ve Sürdürülebilir Üstünlükler Bağlamında Temel Yetenek Tabanlı Stratejiler Ve Bir Uygulama, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Isparta, 2007.